EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Émile TAILHEFER

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1898

TITRES

Externe des hopitaux de Toulouse.

Interne des hopitaux de Toulouse.

Chef de clinique chirurgicale a la Faculté de médecine de Toulouse.

Lauréat de la Faculté de médecine de Toulouse.

1er Prix de thèse.

Lauréat de la Société de médecine de Toulouse.

Médaille d'argent (1896).

Lauréat de la Société de médecine de Toulouse.

Médaille d'argent (1897).

Membre de l'Association française de chirurgie.

Membre de l'Association française d'urologie.

ENSEIGNEMENT

Conférences d'externat, d'internat et de clinique chirurgicale.

TABLE DES MATIÈRES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — CHIRURGIE DES VOIES URINAIRES

Pathogénie des troubles vésicaux observés dans le cours du cancer rectal et du cancer utérin (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, janvier 1898, Paris).

On observe moins rarement que ne le disent les classiques, des troubles vésicaux dans le cours des cancers du rectum et de l'utérus.

L'explication de ces troubles a été cherchée par Boissard, Quénu et Legueu.

Il convient, ce nous semble, de distinguer deux cas :

1° Le cancer rectal ou utérin n'a pas encore envahi la vessie et ne peut, en conséquence, avoir sur elle qu'une action indirecte.

2° Le cancer rectal ou utérin a envahi la vessie et agit, par conséquent, directement sur elle.

I. — Le cancer n'a pas envahi la vessie.

Il peut agir par son volume, déterminant alors des troubles de compression; dans d'autres circonstances le cancer n'agira pas par son volume s'il est peu considérable, mais il déterminera la congestion de la vessie. Le rectum, l'utérus qui portent un cancer sont, évidemment, dans un état congestif. En raison des connexions vasculaires de ces organes avec la vessie, celle-ci

participera à leur congestion. Les prostatiques nous fournissent souvent un exemple de la solidarité congestive des organes du pelvis. Or, M. le professeur Guyon et ses élèves ont bien fait connaître le rôle joué par la congestion de la vessie dans l'étiologie des troubles vésicaux.

Elle crée la réceptivité vésicale. Vienne alors l'inoculation, faite par la sonde, la blennorragie, et l'infection, c'est-à-dire la cystite, sera réalisée. Chez la femme, il n'est pas nécessaire que l'inoculation vienne du dehors, car elle porte constamment, dans sa vulve et dans son vagin, des microbes qui feront d'autant plus facilement l'ascension de l'urètre qu'il est plus accessible et, pour ainsi dire, à leur portée. Du reste, chez l'homme comme chez la femme, on peut observer, ainsi que l'a fait M. Emile Reymond, des inoculations vésicales faites à travers la paroi vésicale de la surface séreuse vers la muqueuse et provenant d'un foyer infectieux juxtavésical. Or, lorsque le cancer rectal ou utérin est ulcéré, ne constitue-t-il pas un véritable foyer d'infection juxtavésical? Enfin, nous devons signaler la voie sanguine.

II. — Le cancer a envahi la vessie.

Ici, la pathogénie est facile à trouver. Limité au péritoine vésical, le cancer irritera la vessie et nous observerons des réflexes de cet organe. Devient-il destructeur du muscle vésical, il donnera lieu à de l'incapacité fonctionnelle plus ou moins complète, à des hémorragies, des suppurations, des douleurs, des mictions fréquentes, du ténesme, enfin à des fistules.

Les considérations qui précèdent sont basées sur six cas appartenant à M. le professeur Jeannel, où les troubles vésicaux se sont montrés manifestement sous la dépendance du cancer rectal ou utérin. Ces troubles ont consisté en dysurie, miction douloureuse et rétention d'urine allant jusqu'à la miction involontaire par regorgement.

D'une complication très rare des tumeurs de la prostate : propagation d'une tumeur prostatique épithéliomateuse aux corps caverneux (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 26 août 1897, Paris).

Nous avons observé dans le service de notre maître, M. le professeur Jeannel, une carcinose prostato-pelvienne diffuse présentant une complication qui n'a été signalée par aucun auteur. Dans le tiers postérieur des corps caverneux, il y avait un noyau blanc dont la nature épithéliomateuse nous a été révélée par l'examen microscopique. Or, cet envahissement du cancer qui est extrêmement rare dans les tumeurs de la vessie (Clado n'en cite que deux cas et encore sont-ils douteux; Adenot en a rapporté un exemple typique), ne se trouve relaté dans aucune observation de carcinose prostato-pelvienne.

Suites éloignées du traitement d'un prostatique âgé de quatre-vingts ans et demi par la cystotomie sus-pubienne et la résection des canaux déférents pratiquées l'une et l'autre sous l'anesthésie cocaïnique (Communication faite à l'*Association française d'urologie*, octobre 1897).

J'ai pratiqué une cystotomie sus-pubienne sur un prostatique qui se trouvait en état de rétention complète. Il avait toujours joui d'une santé générale et urinaire parfaite. Sa prostate avait le volume d'une très grosse mandarine. Son urètre saignait, car on venait de faire plusieurs essais de cathétérisme. Après avoir tenté en vain de passer une sonde, nous eûmes recours à la cystotomie sus-pubienne, et nous constatâmes alors que l'urine était limpide.

Cette opération eut lieu le 1er août 1896. Ving-cinq jours plus tard, la prostate avait perdu le tiersde son volume. Malgré ce bon résultat et dans l'espoir d'empêcher le retour de la rétention, nous pratiquâmes la résection bilatérale des canaux déférents le 25 août 1896. Cinq jours après cette dernière opération, une petite

miction urétrale se faisait spontanément, bien que nous eussions laissé persister le drainage hypogastrique. Nous avons revu notre malade en février 1897 ; il était en pleine cystite. Il n'a pas voulu laisser soigner sa cystite, ce qui ne l'a pas empêché d'en guérir complètement aprés en avoir souffert pendant dix mois. Nous avons examiné ce malade pour la dernière fois en juillet 1897, prés d'un an aprés les opérations que nous lui avons fait subir. Sa prostate était d'une dureté ligneuse et n'avait plus que la moitié de son volume préopératoire. Les testicules n'étaient pas atrophiés. La miction avait lieu spontanément, deux fois la nuit et quatre fois le jour. L'urine était limpide, l'état général excellent. La fistule hypogastrique s'était formée spontanément au bout de dix mois.

Faut-il attribuer ces résultats à la résection des canaux déférents? Nous ne pouvons le dire, car notre prostatique est à la fois un cystotomisé et un réséqué. Il est bien difficile de démêler les effets de ces deux opérations. A l'appui de l'efficacité de la résection, on pourrait faire valoir que, même après la fermeture spontanée de son méat hypogastrique, notre malade a joui d'une excellente santé urinaire et qu'il a eu une petite miction urétrale trois jours aprés la résection. Mais peut-être n'y a-t-il là qu'une simple coïncidence et nous nous gardons de tirer une conclusion.

Volumineux calcul urétéral (*Archives provinciales de chirurgie*, 1897, Paris).

Cette observation démontre qu'un calcul urétéral très volumineux situé dans la portion inférieure de l'uretère peut échapper à l'exploration manuelle intra-vésicale faite par la taille sus-pubienne, grâce à l'épaisseur de tissu fibreux qui masque ee corps étranger.

L'autopsie nous a fait découvrir le calcul qui est ici figuré et deux grandes cellules vésicales pouvant loger une grosse mandarine et situées symétriquement à la partie supérieure de la face postérieure.

Le calcul est formé de phosphates ammoniaco-magnésiens; il

pèse 30 grammes. Il a une forme qui le fait ressembler à une sorte d'estomac. L'uretère présentait une dilatation au-dessus de lui et deux rétrécissements très étroits, l'un au-dessous du calcul, l'autre à l'embouchure du bassinet. Lésions bilatérales de pyélonéphrite. Périurétérite et péricystite extrêmement développées. Ces lésions infectieuses semblent consécutives à une attaque de grippe

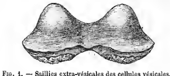


Fig. 1. — Saillies extra-vésicales des cellules vésicales.

évoluant chez un sujet lithiasique. Elles ont évolué d'une manière chronique.

De la suture totale de la vessie, après la taille hypogastrique faite pour un calcul (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 12 août 1894, Paris).

I. — Suture totale de la vessie en général.

On appelle suture totale de la vessie une opération qui consiste à réparer complètement par des points de suture une solution de continuité de cet organe. Jobert et Pinel Grand-Champ l'essayèrent les premiers sur des animaux en 1826. Poursuivies en 1881 par Vincent, ces recherches expérimentales ont été continuées par Fischer en 1882, Bouley en 1883, Maximow et Somensky en 1884 et 1885, Corona et Falcki-Arimondi en 1886, Brenner en 1887, enfin par Dietz en 1890. On a reproché à la suture totale d'être inutile ou dangereuse. Inutile, car la réunion secondaire est aussi rapidement obtenue. Ainsi que l'a fait remarquer M. Albarran, on a tort de comparer la suture totale qui a échoué au drainage

par les tubes-siphons qui a réussi. En toute logique, il faudrait comparer les mauvais cas des deux méthodes.

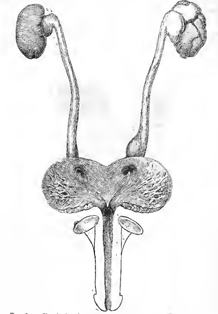


Fig. 2. — Vessie à colonnes et à cellules. Péricystite. Périurétérite. Pyélonéphrite. (Voir p. 10.)

La suture totale est dangereuse, ajoute-t-on, car, en cas d'échec, elle fait courir les dangers de l'infiltration d'urine.

En réalité, la suture totale est avantageuse, même lorsqu'elle est suivie d'une fistule, car celle-ci est de courte durée, en règle générale.

On a invoqué encore, contre la suture totale, le mauvais fonctionnement possible de la sonde à demeure, obstruée par des caillots ou des dépôts minéraux. Mais l'introduction d'un mandrin, des injections d'eau boriquée, l'aspiration, auront raison



Fig. 3. — Calcul de l'uretère. (Voir p. 10.)
(Dessin d'après une photographie).

des caillots, et, d'autre part, le remplacement fréquent de la sonde à demeure éviteront son incrustation.

Le manuel opératoire de la suture totale consiste à placer deux plans de suture, dont l'un profond et l'autre superficiel, à la Czerny. M. le professeur Guyon conseille de mettre un drain debout sur la surface externe de la vessie, dans l'angle inférieur de la plaie de la paroi abdominale. L'opération faite, il faudra veiller au bon drainage de la vessie. Les résultats de la suture totale de la vessie se sont améliorés au fur et à mesure que le chirurgien est devenu plus maître de son antisepsie et de sa technique.

II. — Suture totale après l'ablation d'un calcul.

A l'occasion d'un cas de ce genre, qu'il nous a été donné d'observer, nous avons résumé toutes les observations qui avaient paru, au moment où nous avons écrit ce mémoire. Elles étaient au nombre de 39 et ne présentaient que 8 cas de mort, dont 3 seulement attribuables à la suture totale : ce qui donne une mortalité opératoire de 7.69 p. 100. Or, la mortalité de la suture totale, en général, est, d'après Garcin, de 25 p. 100.

Le pourcentage des succès complets de la suture totale après ablation d'un calcul, c'est-à-dire des cas où pas une seule goutte d'urine n'est passée par la plaie, est de 58.9 p. 100. Il n'est pas aussi bon que celui de la suture totale en général, dont le succès complet a été constaté dans la proportion de 31 p. 100 d'après la statistique de Schmitz, de 35 p. 100 d'après celle de Bereskin, de 39 p. 100 d'après celle de Meyer, de 65.95 p. 100 d'après celle de Dietz, de 66.66 p. 100 d'après celle de Bassini, de 77.27 p. 100 d'après celle de Couvée. Mais, si on se rappelle que celui-ci a été fait avec tous les cas de suture totale, par conséquent avec ceux où la vessie a été suturée par la voie intrapéritonéale, c'est-à-dire dans des conditions où, le péritoine aidant, la réunion ***per primam*** est la règle, on comprendra la raison de cette différence. En outre, certains auteurs, au nombre desquels Robert Sorel, du Havre, font la suture totale même lorsque la vessie est infectée : ce qui pourrait expliquer les cas où la suture n'a pas été hermétique. Ces derniers se chiffrent par la proportion de 23 p. 100. La suture totale non hermétique a laissé passer l'urine après trois heures, trente heures, le 4e jour, le 5e jour, le 7e jour, le 9e jour et le 10e jour. Mais, même dans ces cas, la guérison a été définitive au bout de trente jours, seize jours, deux mois, quatorze jours, vingt-trois jours.

Sur nos 39 observations, 32 seulement sont complètes et nous ont permis de dire s'il y a eu succès complet ou incomplet.

Nous pouvons donc conclure : 1° que la suture totale de la

vessie, en général, est une bonne opération, dont les résultats se sont améliorés avec les progrès de l'asepsie et de la technique; 2° en ce qui concerne la suture totale après l'ablation d'un calcul, les résultats seraient probablement parfaits, si tous les chirurgiens voulaient considérer l'infection comme une contre-indication absolue.

Étude de 40 tailles hypogastriques (*Archives provinciales de chirurgie*, 1896. Brochure de 152 pages, Paris).

Dans ce laborieux mémoire, nous avons étudié, avec la plus grande rigueur, 40 observations de tailles hypogastriques pratiquées par notre maître, M. le professeur Jeannel.

La technique suivie est celle qui a été indiquée par M. le professeur Guyon. La taille a été pratiquée chez des enfants ayant la pierre et chez des adultes également calculeux, mais qui étaient en puissance de cystite ou de rétrécissements urétraux, ou qu'on avait essayé vainement de lithotritier. Elle a été faite aussi pour traiter des néoplasmes vésicaux, des cystites tuberculeuses, douloureuses, le prostatisme, un rétrécissement infranchissable de l'urètre, des fistules urinaires.

La suture totale a été exécutée chaque fois que la vessie n'était pas infectée.

Ces 40 tailles sus-pubiennes ont été suivies de 14 morts, dont 3 sont dues à la récidive d'une tumeur vésicale et 2 à une maladie intercurrente. 17 fois, la guérison complète a été obtenue; 10 fois, on a constaté une amélioration, même chez les malades qui ont succombé plus tard à l'une des causes signalées; 1 fois, l'aggravation de l'état du malade a été notée. Après la suture totale de la vessie, 1 fois seulement sur 7 la suture a été hermétique. La fistule consécutive s'est oblitérée spontanément entre vingt-cinq jours au minimum, et trois mois et vingt-trois jours au maximum, après l'opération. La fistule consécutive aux tubes-siphons s'est tarie après quatre jours au minimum, et quatorze mois au maximum, et en moyenne après vingt-cinq jours.

L'avantage semble donc rester aux tubes-siphons.

Un nouveau méfait de la ponction hypogastrique (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 2 juillet 1896, Paris). (Ce travail a été communiqué au Congrès d'urologie de 1896, par l'intermédiaire de notre maître, M. le professeur Jeannel.)

Le malade qui fait l'objet de ce travail avait subi la ponction hypogastrique dans son village, pour une rétention d'urine d'origine prostatique. Nous trouvâmes, à son autopsie, un énorme hématome qui, emplissant toute la cavité de Retzius, décollait le péritoine jusqu'à l'ombilic et jusqu'aux reins.

La mort doit être attribuée, évidemment, à la pyélo-néphrite bilatérale que nous avons constatée, et non à cet hématome.

Nous concluons cependant que, si notre malade avait de très bonnes raisons de mourir de par l'état de ses reins, il est certain que la saignée considérable que lui a infligée la ponction hypogastrique n'était pas faite pour remonter son état général, rendu si précaire par l'infection urinaire, et surtout par la toxhémie, qui en est la terrible conséquence lorsqu'elle est longtemps prolongée.

Analyse très détaillée du livre du Dr Estor (de Montpellier) sur le : « **Cathétérisme rétrograde de l'urètre** » (*Archives médicales de Toulouse*, 1895).

II. — CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

La maladie kystique du sein (*Archives médicales de Toulouse*, 1er août 1896) (Mémoire couronné par la Société de médecine de Toulouse, médaille d'argent, 1896).

La maladie kystique du sein est une affection caractérisée par la présence d'un grand nombre de kystes inclus dans cet organe.

Elle a été étudiée par Astley Cowper, sir James Paget, Richelot, et surtout par M. Reclus, qui lui a consacré plusieurs publications, dont la première remonte à 1883. Malassez, Brissaud, Quénu, Toupet se sont occupés de son anatomie pathologique microscopique.

La maladie kystique se développe à tout âge, mais elle affectionne les jeunes. On l'a vue chez des vierges. L'étiologie reste obscure.

Lorsqu'elle a envahi une mamelle, on dirait que celle-ci est infiltrée de grains de plomb. Les kystes présentent une dureté telle que des cliniciens, comme Broca et Verneuil, les ont confondus avec le squirre.

Ils se développent dans les deux seins, soit simultanément, soit successivement. Ils ne sont adhérents ni à la peau, ni aux plans profonds.

Les ganglions sont généralement respectés, mais quelquefois ils sont pris. Dans quelques cas, le mamelon laisse suinter un liquide séro-sanguinolent. Tous les chirurgiens s'entendent sur le syndrome clinique de la maladie kystique; mais leur désaccord commence sur la question des lésions histologiques de cette maladie. L'histoire de cette discussion a traversé trois phases. D'abord, on crut que la lésion anatomique était un épithélioma

atypique. C'était l'opinion de Malassez et de Reclus. Puis Brissaud parla d'épithélioma typique.

Enfin, Quénu la comparait à la cirrhose épithéliale de Charcot. La prolifération épithéliale des acini commençait et la production du tissu fibreux interacineux suivait. Duplay et Deffaux, Tillaux et Phocas sous le nom de maladie noueuse décrivent des lésions de mastite.

Toupet trouva, suivant les cas, de l'adénome, de la mastite, de l'épithélioma atypique, et, avec lui, nous voyons apparaître une opinion mixte, qui est généralement adoptée à l'heure actuelle, et qui était récemment défendue par M. le professeur Le Dentu dans une de ses cliniques. En somme, chacun des observateurs précédents avait vu une part de vérité, mais il avait eu le tort de généraliser ce qu'il avait seulement constaté dans quelques cas. Malheureusement, ces discussions histologiques ne se cantonnaient pas dans le domaine théorique : elles commandaient une conduite thérapeutique qui était naturellement diffférente suivant l'opinion que le chirurgien se faisait de la lésion de la mamelle kystique. La discussion qui éclata à la Société de chirurgie, en 1888, reflète ces divergences. Ceux qui croyaient à l'épithélioma atypique étaient pour l'ablation radicale précoce de la glande. M. Reclus était de ceux-là, au début.

Les vieux chirurgiens protestaient, au nom de leur expérience, contre une thérapeutique basée sur un pronostic si pessimiste. Ils avaient vu, disaient-ils, des maladies kystiques évoluer très bénignement. M. Reclus, dans la suite, se montra moins intransigeant qu'à la première heure, et, il n'opère plus d'emblée si la femme est jeune, il attend que le diagnostic se laisse soupçonner; mais, si elle est vieille, il opère précocement, car elle a tout à gagner, dit-il, et rien à perdre.

Aujourd'hui, les chirurgiens, en général, n'enlèvent pas précocement les mamelles kystiques, ils ont recours à la compression, aux ablations partielles, à la ponction, et ils n'interviennent radicalement que si le diagnostic d'épithelioma semble s'établir.

Les considérations précédentes sont basées sur quelques obser-

vations, avec examens histologiques, que nous avons recueillies dans le service de notre maître, M, le professeur Jeannel.

Sur un kyste du vagin (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 3 octobre 1897, Paris).

Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la pathogénie des kystes du vagin.

1° Théories mécaniques.

A. — Un petit traumatisme, souvent répété dans le vagin, crée une bourse séreuse et le kyste est constitué. Eustache, Tillaux et son élève Thalinger, Courty se sont fait les défenseurs de cette manière de voir.

B. — Il faut un traumatisme plus violent, tel un traumatisme obstétrical, déclare Thorn. La muqueuse vaginale étant ainsi décollée, un épanchement séreux peut se collecter.

2° Théories basées sur la structure normale du vagin.

A. — Ce sont des kystes glandulaires par rétention consécutive à l'obturation du conduit excréteur, disait Huguier, dont la théorie eut l'honneur d'être classique, pendant de longues années. Malheureusement pour elle, des anatomistes plus exacts montrérent que la muqueuse vaginale était dépourvue de tout appareil glandulaire : ce qui ne veut pas dire que le revêtement épithélial pavimenteux du tube vaginal soit lisse. Il présente de minuscules dépressions que l'on appelle des cryptes, séparées les unes des autres par de minces plicatures.

B. — Poupinel, Pozzi ont pensé que ces cryptes étaient susceptibles de devenir des poches au sein desquelles pouvait se répandre de la sérosité. C'est la deuxième forme de la théorie des kystes du vagin, prenant son point d'appui sur l'anatomie normale.

C. — La théorie anatomique a revêtu une troisième forme avec Klebs qui considère les kystes qui nous occupent comme des ectasies des lacunes lymphatiques.

3° Théorie congénitale.

Des débris du canal de Gärtner ont persisté, et l'épithélium qui les tapisse a sécrété le liquide du kyste. Pozzi, pour certains cas, et Veit, pour tous, adoptent cette opinion.

Nous avons étudié histologiquement un kyste vaginal, enlevé par notre maître, M. le professeur Jeannel, dont la pathogénie par la théorie congénitale est indiscutable. Il était situé sur la paroi antérieure du vagin et sur sa moitié gauche, à 4 centimètres de la vulve. Son volume était celui d'une noix de moyennes dimensions. Son liquide était visqueux et couleur chocolat foncé. Sa structure n'était pas identique à celle du canal de Gärtner. Celui-ci, en effet, est revêtu d'un épithélium cubique à une seule couche. Notre kyste ne présentait qu'une seule assise de cellules épithéliales, mais celles-ci étaient, les unes cylindriques, les autres mucipares, identiques à celles que l'on trouve dans les kystes de l'ovaire. Werth a trouvé, comme nous, un kyste du vagin, dont la structure rappelle celle des kystes de l'ovaire. Nous ne connaissons que ces deux cas, dans la science.

Galactorrhée guérie par des injections d'huile (*Archives médicales de Toulouse*, 1895).

Voici une application clinique curieuse d'un procédé qui était utilisé par Claude Bernard pour obtenir l'atrophie d'une glande. Le grand physiologiste injectait de l'huile dans le canal excréteur de l'organe.

Nous l'avons imité pour tarir une galactorrhée des plus rebelles, et nous avons obtenu un magnifique succès.

Quelle est la cause des métrorragies dans les fibromes utérins? (*Archives médicales de Toulouse*, 1er septembre 1896).

Deux conditions nous expliquent la production et l'abondance de ces hémorragies.

1° Il faut une endométrite ;

2° Mais il est un grand nombre d'affections utérines qui s'accompagnent d'endométrite, et, cependant, les hémorragies auxquelles elles donnent lieu ne sont pas comparables, pour l'abondance, à celles qui sont révélatrices du fibrome utérin. Ce qui est en plus dans le fibrome utérin, c'est une énorme congestion, qui est due, d'une part, au développement total de la matrice, ce que M. le professeur Guyon appelait pittoresquement la grossesse fibreuse, et, d'autre part, à la compression de la tumeur, qui engendre la stase veineuse. Il est évident que la congestion sera à son maximum au moment des règles. Aussi, voit-on les hémorragies des fibromes utérins, qui sont si manifestement sous la dépendance de la congestion, s'établir au moment de la menstruation, et cette particularité est pathognomonique.

La contre-épreuve de ce qui précède est faite par les observations de fibrome utérin sous-séreux, pédiculé. Dans ces cas, en effet, les relations du fibrome avec l'utérus sont réduites au minimum. Aussi l'utérus est-il peu hypertrophié et les métrorragies sont absentes ou très peu abondantes.

Nous avons eu l'occasion de recueillir un cas de ce genre, dans le service de notre maître, M. le professeur Jeannel. Il s'agissait d'un fibrome sous-séreux, à long pédicule et à évolution abdominale. L'utérus était à peine hypertrophié et la métrorragie durait à peine trois jours. L'examen histologique nous a démontré l'existence d'une endométrite très peu étendue. Il serait intéressant de savoir si l'hémorragie des fibromes utérins se produit comme celle des tumeurs vésicales, c'est-à-dire par le simple fait de la congestion et sans aucune ulcération des vaisseaux, ainsi que M. le professeur Guyon l'a constaté bien souvent. Dans le cas que nous venons de rapporter, nous nous sommes occupé de l'état des vaisseaux : ils étaient absolument intacts. Nous ne pouvons, évidemment, tirer aucune conclusion de ce fait unique, mais il est certain que des recherches, dans ce sens, seraient pleines d'intérêt.

III. — CHIRURGIE DE LA GLANDE THYROIDE

Le goitre « génital » (*Thèse inaugurale*. Toulouse, 1er Prix de thèse).

On sait, depuis très longtemps, que le goitre est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, et plus fréquent chez celle-ci pendant sa vie génitale.

Nous avons pu recueillir 161 observations, dont 61 personnelles, et dans toutes, on voit manifestement qu'il y a un rapport entre les organes génitaux de la femme et la glande thyroïde.

Elles nous font connaître ce qui se passe dans la glande thyroïde, lorsque les organes génitaux sont congestionnés. 3 cas se sont présentés :

1° La glande thyroïde, qui est normale, augmente de volume temporairement et récupère ensuite son état antérieur.

2° La glande thyroïde, qui est normale, augmente de volume, et ce volume reste stationnaire ou s'accroît; en un mot, un goitre se constitue de toutes pièces.

3° La glande thyroïde n'est pas normale : elle porte déjà un goitre, et ce goitre augmente de volume.

Quelle est l'interprétation de ces faits?

Tous les auteurs qui nous ont précédé ont pensé qu'il y avait entre la glande thyroïde et les organes génitaux de la femme un rapport spécifique, c'est-à-dire un lien spécial entre les organes génitaux et la glande thyroïde. Nous croyons, au contraire, que ce rapport spécifique n'existe pas, et que les choses se passent de la manière suivante :

1° Personne ne niera, chez la femme, l'existence, la fréquence et l'importance des congestions générales d'origine génitale;

2° La glande thyroïde sera donc congestionnée et sa situation relativement superficielle fera que sa congestion, si elle est intense, ne passera pas inaperçue;

3° Qui dit congestion dit stase veineuse, et, par suite, augmentation de volume. Or, on sait que la stase veineuse persistante, ou souvent répétée dans un organe, augmente l'aptitude plastique de ses éléments anatomiques, c'est-à-dire leur prolifération. Nous croyons donc que la *congestion* est la clef de voûte de la pathogénie des modifications de la glande thyroïde, que nous avons constatées dans nos observations.

Quel sera le sort de la glande thyroïde ainsi congestionnée?

Nous devons distinguer deux ordres de faits :

I

Il résulte de nos recherches que toute femme, quels que soient son lieu d'origine et sa race, présente une augmentation de volume de sa glande thyroïde lorsque ses organes génitaux sont congestionnés.

Cette augmentation est, dans la très grande majorité des cas, peu considérable et n'apporte pas de gêne. Elle passe d'autant plus facilement inaperçue que la plupart des femmes ne portent pas des vêtements qui emprisonnent leur cou et puissent s'opposer à l'ampliation de son volume. Si, d'aventure, la tuméfaction thyroïdienne éveille l'attention, l'intéressée n'en est point préoccupée, car elle a entendu dire autour d'elle qu'il en est ainsi chez toutes les femmes.

Et en effet, les auteurs modernes ont eu le tort de ne pas tenir compte des remarques faites par les anciens. Les anciens prétendaient même pouvoir connaître une défloration récente par une ampliation subite du cou, témoin ces deux vers de Catulle :

Non illum nutrix, orienti luce revisens
Hesterno poterit collum circumdare filo.

En France, cette croyance a été longtemps en faveur, et le jour

de leur entrée à la Cour, on passait aux suivantes de la reine un collier qui s'adaptait très exactement à leur cou. Tous les trois mois, le même collier était replacé et s'il devenait trop petit, la jeune femme était accusée de libertinage.

Et Gœthe ne fait-il pas dire par une mère à une enfant dont le cou grossit : « Tranquillise-toi, mon enfant, Vénus t'a touchée de la main, et t'avertit doucement que ton petit corps va se transformer. »

Malgaigne ne dédaignait pas cette tradition populaire, et il affirme qu'elle est basée sur des faits bien observés.

Nous avons contrôlé cette assertion sur un grand nombre de sujets et nous avons constaté qu'elle était exacte. Quoi de surprenant à cela? Qui pourrait nier, chez la femme, l'existence des congestions générales d'origine génitale? Et ces congestions ne seront-elles pas rendues manifestes au niveau de la glande thyroïde, qui est une véritable éponge sanguine, et qui, par ses rapports avec les organes voisins, accusera si vite son augmentation de volume? L'hypertrophie thyroïdienne indique, du reste, sa pathogénie, en disparaissant avec la congestion génitale.

Voilà donc un fait qui est exclusivement du domaine de la physiologie normale.

II

Dans un certain nombre de cas, l'augmentation de volume de la glande thyroïde ne disparaît pas quand la congestion génitale disparaît. Elle lui survit et devient définitive : un goitre est constitué.

Dans ces cas, le sujet habite une région de goitreux, ou bien nous trouvons des goitreux parmi ses ascendants. Nous touchons ici à un problème des plus difficiles et qui n'est pas encore résolu : l'étiologie du goitre. Faute de mieux, nous faisons une hypothèse basée sur la physiologie de la glande thyroïde. On sait maintenant que cette glande a pour fonction de contribuer à la destruction des toxines contenues dans l'organisme.

En tenant compte, d'une part, des travaux anciens sur l'étiologie

du goitre, et qui montrent manifestement que cette maladie est sous la dépendance d'un vice dans l'alimentation (on ne peut nier, tellement les faits sont nombreux et bien observés, qu'il n'y ait des eaux goitrigènes, mais on peut discuter à l'infini sur le principe qui rend ces eaux telles) ; d'autre part, en se rappelant quelle est la fonction thyroïdienne, on peut supposer que les goitreux doivent leur affection à une intoxication.

Le nombre des toxines contenues dans l'organisme augmentant par suite d'un vice dans l'alimentation, tous les organes qui ont pour fonction de détruire ces toxines auront un surcroît de travail. Ils se *congestionneront* et s'hypertrophieront.

La glande thyroïde étant l'un de ces organes se *congestionnera* et s'hypertrophiera.

Nous concluons :

1° La *congestion* des organes génitaux féminins se répercute, dans certains cas, sur tout l'organisme, et, par suite, sur la glande thyroïde.

Voilà le seul rapport qui existe entre la glande thyroïde et les organes génitaux : il n'est pas spécifique, il est banal et relève exclusivement de la solidarité qui unit tous les organes d'un même organisme (1). Cette affirmation, nous la basons sur un très grand nombre de faits que nous avons enregistrés nous-même.

2° La congestion de la glande thyroïde *doit jouer* un rôle très important dans l'étiologie du goitre.

(1) Nous voulons dire par là que lorsque les organes génitaux féminins sont congestionnés, tout l'organisme féminin est congestionné (la femme n'est qu'un utérus entouré d'organes) ; la glande thyroïde sera donc congestionnée, mais, tandis que nous ne pouvons apprécier cliniquement les effets de la congestion de tel ou tel organe profondément situé, nous avons, pour ainsi dire, sous les yeux et sous la main les effets de la congestion de la glande thyroïde, car elle est assez superficielle, et manifeste d'autant plus clairement sa congestion qu'elle se dilate beaucoup sous son influence, telle une éponge qui s'imbiberait de sang.

Une observation de goitre (*Archives médicales de Toulouse*, 15 juin 1896. Travail couronné par la Société de médecine de Toulouse, médaille d'argent, 1896).

L'intérêt de ce travail réside dans :

1° L'influence qu'ont eue un accouchement et la ménopause sur l'augmentation de volume d'un goitre.

2° Dans le problème de l'hérédité du goitre qu'il soulève. Il y a un très petit nombre d'observations authentiques du goitre congénital. Il nous paraît que l'hérédité ne joue pas de rôle dans l'étiologie du goitre. Nous croirions plutôt à l'influence de la même cause sur les individus de la même région.

3° Dans l'examen histologique, dont la réponse a été adénome thyroïdien.

En un point, à la périphérie, nous avons surpris une lésion de transition entre l'adénome et le cancer. Cette lésion de passage montre les rapports de l'adénome et du cancer.

Inflammation chronique primitive « cancériforme » de la glande thyroïde (*Revue de chirurgie*, mars 1898, Paris).

Notre mémoire est le premier travail d'ensemble qui ait paru sur cette variété d'inflammation chronique.

Les observations en sont très rares, puisque nous n'avons pu en recueillir que 8.

Il s'agit, dans ces cas, d'une inflammation chronique qui se développe dans la glande thyroïde, sans être précédée d'un état morbide connu, de sorte qu'on peut la considérer, au point de vue clinique tout au moins, comme une maladie primitive. Nous l'avons qualifiée de cancériforme, car elle ressemble au cancer à tel point qu'on n'a pas su l'en distinguer dans nos 8 cas.

Cliniquement, cette inflammation s'est manifestée par une tuméfaction thyroïdienne très dure, indolore, non délimitable, ayant envahi la gaine des gros vaisseaux carotidiens, supprimant le pouls de ceux-ci, adhérente aux plus profonds, respectant la peau,

qui reste complètement saine, déterminant des troubles de compression, ayant une évolution de deux mois à un an et demi.

La lésion siège sur l'un des lobes ou sur tous les lobes à la fois, son volume est celui d'une pomme de moyennes dimensions, sa dureté est comparable à celle du fer, pour employer l'expression vigoureuse de Riedel. Elle englobe le récurrent, elle adhère à la trachée, au larynx, aux muscles. Elle envahit la gaine des vaisseaux carotidiens (dans un cas) jusqu'à la base du crâne. Les ganglions sont respectés par elle, ainsi que l'état général, qui n'est en rien altéré.

Au point de vue histologique, c'est du tissu conjonctif fibreux au milieu duquel on trouve çà et là quelques nids de cellules inflammatoires.

Quant à l'élément noble de la glande thyroïde, il a complètement disparu. Cette inflammation chronique de la glande thyroïde a été observée plus souvent chez des hommes que chez des femmes, vers l'âge de trente-cinq ans en moyenne, sauf dans un cas, chez un enfant de quatre ans.

Tous habitaient une région de goitreux. Aucun ne se trouvait en état de misère physiologique ou sociale. Pas de maladie antérieure, sauf dans un cas de fréquentes laryngites.

La cause de l'inflammation chronique cancériforme de la glande thyroïde n'est pas connue. Nous pensons qu'il faut la chercher dans une infection qui serait apportée dans l'organe par la voie sanguine ou lymphatique.

Nous savons que l'ostéomyélite atténuée des membres et des côtes est due au staphylocoque blanc. C'est peut-être ce même microbe qui est l'agent de notre inflammation.

Le seul danger qui résulte de celle-ci réside dans les phénomènes de compression auxquels elle donne lieu.

Il est facile de distinguer l'inflammation chonique thyroïdienne du phlegmon ligneux de Reclus. Celui-ci est une lésion du tissu cellulaire sous-cutané et envahit secondairement la peau.

Il est encore aisé de ne pas confondre la maladie qui nous occupe avec la sclérose sénile de la glande thyroïde.

Outre la question d'âge, il y a les adhérences qui font la caractéristique de l'inflammation chronique.

On peut se trouver en présence d'une tumeur de la glande thyroïde exclusivement composée par du tissu fibreux mais non adhérente aux parties voisines. C'est ce qu'on a appelé le goitre fibreux. Comme plus haut, les adhérences guideront le diagnostic.

Enfin, dans quelques cas, la difficulté sera grande à distinguer un cancer thyroïdien d'une inflammation chronique. Il est des cancers, en effet, qui évoluent insidieusement, mais au bout d'un temps dont la durée est difficile à préciser, car le début échappe, le cancer jette son masque et on le reconnaît aussitôt.

Toutefois, il nous paraît que pendant sa période de latence il ne donne pas des signes identiques à ceux de l'inflammation chronique. Tant qu'il est latent, par exemple, il n'a pas d'adhérences et surtout il n'envahit pas la gaine des vaisseaux carotidiens.

Cette propagation est plus tardive et se fait pendant la période de l'évolution évidente du cancer.

On ne connaît pas de fait de tuberculose primitive à forme fibreuse de la glande thyroïde.

La syphilis atteint très rarement cette glande et fait là des gommes bien distinctes de l'inflammation chronique, au point de vue de l'extension de la lésion.

Il ne faut pas songer à extirper la lésion qui constitue l'inflammation chronique : ce serait impossible et dangereux. Dans le cas qui appartient à notre maître, M. le professeur Jeannel, une tentative d'extirpation fut suivie d'une hémorragie secondaire de l'artère carotide primitive. Le chirurgien devra lutter contre les phénomènes de compression. Cette thérapeutique symptomatique peut devenir curatrice, ainsi que Riedel l'a remarqué dans un cas dans lequel la tuméfaction thyroïdienne s'affaissa presque complètement.

Variété très rare de thyroïdite chronique (*Congrès français de chirurgie*, 1896).

Ce travail ne fait pas double emploi avec celui que nous avons intitulé : Inflammation chronique primitive cancériforme de la glande thyroïde, car il contient seulement une seule des observations qui ont servi à celui-ci et en plus une revue générale sur les suites de la ligature de la carotide primitive.

En effet, dans l'observation à laquelle nous venons de faire allusion, les manœuvres faites pour essayer d'extirper la lésion, car l'extirpation fut impossible à cause des adhérences, amincirent la paroi de la carotide primitive ou même déterminèrent une petite perforation qui, bouchée immédiatement par un caillot, passa inaperçue pendant l'opération. Quoi qu'il en soit, quelques jours après, une hémorragie secondaire de ce vaisseau se produisait et notre maître, M. le professeur Jeannel, devait mettre un clamp sur le paquet vasculo-nerveux gauche. Nous avons observé alors un certain nombre de troubles et, c'est pour nous les expliquer, que nous avons fait une revue générale sur les suites de la ligature de la la carotide primitive.

L'étude de ces suites a traversé deux périodes.

On en cherche l'explication :

1° dans la compression de certains nerfs du cou,

2° dans les troubles apportés dans la circulation cérébrale.

1° *Théorie de la compression de certains nerfs du cou.* — Robert, Bertherand, Désormeaux, Giraldès, Roux, Langenbeck, Richet, ont accusé la compression du pneumogastrique, des filets péricarotidiens du sympathique cervical, des filets du grand hypoglosse, la branche descendante de celui-ci, les anastomoses décrites par Huguier entre le récurrent et le laryngé supérieur.

2° *Théorie des troubles apportés à la circulation cérébrale.* — Elle a été défendue par Maisonneuve, Ehrmann, Béraud, Rey et le professeur Lefort.

Les troubles observés à la suite de la ligature de la carotide primitive sont des paralysies : l'hémiplégie (accident le plus fré-

quent, qui s'est produit immédiatement, ou quatre mois après au maximum et le plus souvent le deuxième jour); l'hémiplégie faciale; des contractures et des convulsions; de l'aphasie; de l'enrouement; des troubles respiratoires, accès de suffocation, commencements d'asphyxie, de la dyspnée; des troubles de la déglutition, dysphagie; des vertiges; des syncopes; du coma; de la céphalalgie; de la faiblesse de la vue et de la cécité; de la dureté de l'ouïe.

Sur 435 ligatures de la carotide primitive on a noté 370 fois des accidents cérébraux et ceux-ci ont été suivis de mort 78 fois, c'est-à-dire dans près d'un cinquième des cas. La mortalité par accidents cérébraux est donc de 20 p. 100. Il faut se rappeler que ces observations ont été recueillies dans la période préantiseptique et que certains de ces accidents cérébraux ont pu se trouver sous la dépendance d'une infection qui se serait propagée par le caillot jusqu'à l'encéphale.

Les autopsies qui ont été faites, lorsque le sujet a succombé aux suites de la ligature, ont permis de constater l'existence de la nécrobiose des parties du cerveau qui avaient été frappées d'ischémie et lorsque le sujet est mort longtemps après sa ligature, d'une maladie intercurrente et après n'avoir présenté aucun trouble après la ligature ou après en avoir guéri, on a constaté le développement d'une circulation collatérale.

Chez notre malade, nous avons observé, après la ligature du paquet vasculo-nerveux gauche, et immédiatement après un accès de suffocation et des vomissements, vingt heures après, de l'aphémie et de l'hémiplégie du côté opposé à la ligature et du coma, deux jours après, du hoquet, quatre jours après, des phénomènes oculaires (dilatation de la pupille, opacité de la cornée, suppuration de tout le globe oculaire).

Trente-cinq jours après, une pneumonie du côté opposé à la ligature. Tous ces troubles ont disparu.

L'aphémie, après deux mois et demi, la paralysie de la jambe après quarante-cinq jours, celle du bras après soixante-quinze jours.

L'œil du même côté que la ligature est complètement perdu.

La théorie de la modification de la circulation cérébrale, aprés la ligature de la carotide primitive, peut nous rendre compte de la plupart de ces troubles. Elle a revêtu trois formes :

1° La circulation collatérale ne peut s'établir à cause d'une anomalie du cercle artériel de Willis (Ehrmann, Bérard).

Cette théorie ne saurait expliquer les accidents qui se produisent assez longtemps aprés la ligature, car si une anomalie existe au point d'empêcher la suppléance d'une circulation collatérale, les accidents seront toujours immédiats.

2° On a cherché alors à interpréter les accidents tardifs en disant que le lobe cérébral intéressé vit pendant quelque temps grâce au sang artériel qu'il avait au moment de la ligature, et lorsque cette source de vie est tarie, la nécrobiose s'établit.

3° Le professeur Lefort voit la cause des accidents dans l'ischémie cérébrale. consécutive à la coagulation du sang au-dessus de la ligature.

Les guérisons sont dues aux vaisseaux collatéraux qui ont rétabli la circulation.

Tous les accidents de notre malade s'expliquent par la théorie du professeur Lefort. Ses troubles oculaires (panophtalmie septique) sont sous la dépendance : 1° de la coagulation du sang dans l'artère ophtalmique ; 2° de l'infection de ce thrombus qui partait du point de la ligature et arrivait jusqu'à l'œil, car il y avait un foyer de suppuration au niveau de la ligature.

Nous devons tenir compte de la section du nerf pneumogastrique droit pour l'étiologie de la pneumonie droite dont notre malade a été atteint.

IV. — CHIRURGIE DU CANCER

Indications opératoires et traitement du cancer du rectum
(Congrès de chirurgie, 1897).

Nous avons résumé, avec le plus grand soin, en un tableau synoptique, les observations du cancer primitif du rectum, appartenant à notre maître M. le professeur Jeannel.

Nous concluons de ces documents :

1° Que l'on ne doit tenter l'extirpation qu'après avoir fait l'exploration manuelle intrapéritonéale. Il est facile de pratiquer celle-ci au cours de l'opération de l'anus contre nature qui, de l'avis unanime, doit précéder l'extirpation. Il est, en effet, des cancers latents qui n'envahissent pas les ganglions perceptibles par l'examen clinique et dont le degré d'extension ne peut être jugé par le toucher rectal.

Lorsque l'extirpation n'est pas de mise par suite de l'étendue du cancer, le seul traitement palliatif est l'anus artificiel.

Au point de vue du traitement, nous sommes convaincu qu'il en est des cancers rectaux comme des fibromes utérins. De même que ceux-ci ne relèvent pas tous de la même opération, de même les cancers rectaux doivent être extirpés par telle ou telle méthode opératoire suivant le cas.

L'important, c'est que l'extirpation soit aussi complète que possible.

Lorsque le cancer est bas situé et qu'on ne peut cependant l'enlever par les voies naturelles, l'opération de Kraske se trouve indiquée. Nous devons dire que l'exécution de cette opération, par le procédé du double volet qui a été proposé par M. le professeur Jeannel, sera singulièrement facilitée. Il nous a été donné d'en

être le témoin, et nous pouvons affirmer que cette manœuvre donne beaucoup de jour, qu'elle est facile et qu'elle ne complique en rien la situation de l'opéré.

Quant à l'anus artificiel, nous donnons la préférence à la méthode en deux temps de Maydl-Reclus avec la modification apportée par M. Ch. Audry. (Remplacement de la baguette de verre sur laquelle l'anse intestinale est mise à cheval par un lambeau cutané.)

La sérothérapie du cancer à l'Hôtel-Dieu de Toulouse (*Archives médicales de Toulouse*, 1er janvier 1896).

Nous avons eu l'honneur de faire, en collaboration avec M. Leclainche, le distingué professeur de microbiologie de l'école vétérinaire de Toulouse, dont les travaux sont si connus et si estimés dans le monde scientifique, des expériences sur la sérothérapie du cancer. Nous nous sommes scrupuleusement conformé à la technique donnée par MM. Richet et Héricourt.

Nous avons inoculé un chien et une ânesse, et nous avons fait nos injections de sérum sur la tumeur elle-même ou bien autour d'elle. La quantité de sérum a varié de 4 à 8 centimètres cubes par jour, et nous avons fait un traitement de quarante jours sur cinq cancéreuses.

Nous n'avons obtenu aucun résultat thérapeutique, et nous n'avons même jamais vu le moindre affaissement de la tumeur.

Les injections se sont bornées à provoquer de l'urticaire.

Sur l'ulcus rodens (*Midi médical*, 1894).

On a donné ce nom à une ulcération épithéliale n'intéressant que les parties les plus superficielles de la peau et siégeant particulièrement sur la partie supérieure de la face.

Historique. Longtemps confondue avec les autres cancers. Jacob, de Dublin, attira le premier l'attention du monde médical sur cette affection, et la différencia du cancroïde, en 1827. L'his-

torique de l'ulcus rodens présente deux phases : la première s'étendant de 1827 à 1860, de Jacob à Hutchinson, phase de l'étude clinique, et dont la conclusion erronée fut que l'ulcus rodens n'appartenait pas à la famille des cancers. La deuxième phase, qui est la phase histologique, commence avec Thiersch. Ce fut la période de plusieurs discussions très vives en Angleterre et en France, et où le malentendu résidait dans la confusion de ces deux termes : épithélioma et cancer. Thiersch affirme la nature épithéliale de l'ulcus rodens, et conclut qu'il est une forme superficielle de l'épithélioma ordinaire. Ses adversaires anglais lui objectaient que l'ulcus n'avait pas la marche clinique du cancer.

En réalité, l'ulcus rodens est un épithélioma au point de vue histologique, mais au point de vue clinique, il n'a rien de commun avec le cancer.

Les 5 cas d'ulcus rodens qu'il nous a été donné de voir nous ont permis de connaître ses caractères : sa localisation sur la partie supérieure de la face; la disposition circulaire de son bord qui est finement ciselé; une disproportion très frappante entre l'étendue de l'ulcération et son peu d'épaisseur; une grande lenteur dans son évolution; son indolence; son manque de retentissement sur le système ganglionnaire, son apparition chez une personne jeune.

L'ulcus rodens est une maladie fréquente. En 1860, Hutchinson en publiait 42 cas; en 1885, Paul citait 22 cas, et Dubreuil, de Bordeaux, dans la thèse de Grey, en donne une douzaine d'observations. L'ulcus ne se généralise pas, mais il récidive pendant longtemps, malgré tous les traitements. Il peut provoquer la mort en raison des dimensions et de l'infection de l'ulcère.

Besnier et Doyon font de l'ulcus rodens une variété bénigne de l'épithéliomatose cutanée superficielle. Dubreuil suppose que c'est une psorospermose.

Le traitement est une œuvre à longue échéance à cause des récidives. Il consiste à employer le grattage à la curette suivi d'une cautérisation au thermo et d'un pansement à plat.

Le nævo-carcinome (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, mars 1897, Paris).

Les *Archives provinciales de chirurgie* d'octobre 1897 ont fait paraître un résumé détaillé de ce mémoire.

Cette dénomination : nævo-carcinome, veut dire cancer dont le point de départ est un nævus. Il ne s'agit ici que de nævus pigmentaire et de molluscum congénital, tumeurs qui sont groupées par les auteurs allemands sous le nom de nævi mous. Unna, de Hambourg, dont la grande compétence en histologie est universellement reconnue, pense que les groupements cellulaires que l'on voit dans le derme des nævi pigmentaires et des molluscum congénitaux, sont constitués par des cellules épithéliales du type épidermique.

Il défend cette opinion parce qu'il a surpris, sur des coupes de nævi pigmentaires et de molluscum congénitaux prélevés sur des nouveau-nés, l'évolution de ces cellules. Il a constaté en effet pour ces cellules ce que l'on a constaté pour l'épithélium germinatif qui tapisse la surface externe de l'ovaire. On sait que celui-ci, à une certaine époque, s'enfonce, à la manière d'un doigt de gant, dans le stroma conjonctivo-vasculaire de l'ovaire. Bientôt le goulot de ce tube épithélial s'étrangle, et le petit sac qui en résulte se trouve isolé en plein tissu conjonctif. Telle est la genèse de l'ovisac.

Les cellules du derme des nævi pigmentaires et des molluscum congénitaux ont une genèse analogue, d'après Unna. Elles résultent d'une invagination de l'épiderme. Ces cellules épidermiques ainsi ectopiées ne tardent pas à perdre leurs caractères morphologiques, et chez l'adulte, il est impossible de les reconnaître, car elles ressemblent à des cellules de l'inflammation qui seraient intra-alvéolaires ou disposées en boyaux. Et voilà pourquoi un grand nombre d'histologistes les font dériver du type conjonctif. De là une discussion très vive entre les auteurs qui défendent l'origine épithéliale des fameuses cellules et ceux qui leur attribuent une origine conjonctive.

Les choses en étaient là, lorsque nous avons eu la bonne fortune de recueillir dans le service de notre maître, M. le professeur Jeannel, un fait qui démontre que la question de la nature des groupements cellulaires du derme des nævi n'a pas seulement un intérêt théorique, scientifique, mais encore un intérêt chirurgical.

Ainsi qu'on va le voir, elle jette un jour particulier; 1° sur les tumeurs mélaniques dites primitives des ganglions; 2° sur les cancers (sarcomes et épithélioma) qui se développent sur les nævi; 3° sur la pathogénie générale du cancer.

Nous nous trouvions, en effet, en face d'un homme qui portait dans l'une de ses aisselles un gros paquet ganglionnaire manifestement mélanique. Impossible de trouver la tumeur primitive. L'état général était excellent. En faisant une inspection complète de tout le tégument, nous découvrîmes dans le dos et dans la moitié correspondant à l'aisselle envahie, un nævus pigmentaire plat et à côté de lui, sur une ligne qui allait par le plus court chemin à l'aisselle, se trouvaient deux petites tumeurs d'aspect inflammatoire et qui semblaient être le trait d'union de l'aisselle malade et du nævus.

Quel pouvait bien être le diagnostic? Avions-nous affaire à ce qu'on a appelé: tumeur mélanique primitive des ganglions? Ce genre de tumeur ne nous paraît pas scientifiquement démontré. Nous avons cru que le point de départ des lésions était dans le nævus et l'examen histologique est venu nous donner raison.

La tumeur ganglionnaire était bien mélanique et constituée par des cellules épithéliales du type épidermique. Pas de conteste possible à cet égard. Or, impossible d'incriminer un cancroïde qui était... absent. Quant aux autres tumeurs placées à mi-chemin entre l'aisselle et le nævus, c'était de l'inflammation pure et simple.

Tout peut s'expliquer très facilement, grâce à la découverte anatomique de Unna. Le malade nous avait raconté que ses tumeurs inflammatoires étaient consécutives à une hémorragie du nævus qui avait été déterminée par du grattage. La tumeur ganglionnaire

était secondaire aux lésions précédentes. Donc, inoculation du nævus, inflammation du nævus, qui se propage à côté de lui, vers l'aisselle.

Pourquoi ces mouvements diapédétiques mis en branle par cette inflammation et dont la direction est clairement indiquée par le siège des tumeurs inflammatoires? Pourquoi ces mouvements n'auraient-ils pas transporté dans les ganglions de l'aisselle les cellules caractéristiques du derme du nævus? Or, nous savons bien que ces cellules sont épithéliales. Sous l'influence des modifications qu'elles viennent de subir, elles peuvent récupérer leur aspect primitif.

Cette explication est appuyée sur des faits et non sur une vue de l'esprit. Et du reste, la découverte de Unna ne vient-elle pas éclairer la question des épithéliomas qui se développent sur les nævi pigmentaires? Les auteurs classiques ne parlent point de ceux-ci et ne s'occupent que des sarcomes mélaniques. Cependant, on ne saurait nier leur existence. Elle a été démontrée par Charles Robin, Chambard, Variot, Hugues, Malherbe, Filaudeau, Renoul, et, pour notre part, nous en avons vu deux cas dans le service de M. le professeur Jeannel.

Ces épithéliomas, fait insolite, évoluent comme des sarcomes et tuent les malades par généralisation pulmonaire. Nous aurions une tendance à croire que sarcomes et épithéliomas mélaniques proviennent de la prolifération des groupements cellulaires intradermiques des nævi pigmentaires et peut-être ne diffèrent que par des caractères morphologiques.

Nous en tirons une conséquence pour l'étiologie encore si obscure du cancer. La théorie de Conheim, d'après laquelle les tumeurs sont formées par le développement des cellules qui sont en trop dans l'organisme, a été admise par beaucoup d'auteurs et a eu son heure de succès. Avec la découverte de la microbiologie, est née la théorie infectieuse du cancer. Nous attendons encore les démonstrations de l'une et de l'autre. Notre observation nous inclinerait à supposer que peut-être bien les deux facteurs se com-

binent et concourent chacun pour une part à l'édification de la néoplasie cancéreuse.

Nous devons dire, en terminant, que Unna n'a point cité les travaux français sur le nævo-carcinome.

Il résulte de nos recherches que Charles Robin est le premier qui ait parlé des épithéliomas mélaniques. Après lui, Chambard, Variot, Hugues, Malherbe, Filaudeau, Renoul ont publié des mémoires où nous avons trouvé le germe de toutes les idées de Unna. Mais il est juste de reconnaître que celui-ci a eu le grand mérite d'apporter la preuve de la nature épithéliale des cellules intradermiques des nævi pigmentaires et des molluscum congénitaux en démontrant leur origine épithéliale.

V. — CHIRURGIE OSSEUSE

Ostéomyélite chronique d'emblée d'une côte (*Archives provinciales de chirurgie*, 1897, Paris).

Ce travail devrait être intitulé : « Ostéomyélite des côtes », car tel est, en réalité, son objet.

Il y a deux variétés d'ostéomyélite costale :

L'ostéomyélite aiguë ;

L'ostéomyélite atténuée.

Ostéomyélite aiguë.

Etiologie. — Cette variété est relativement rare, surtout si on la compare à l'ostéomyélite des membres. Nous n'avons pu en réunir que 14 observations bien authentiques. Quatre d'entre elles appartiennent à M. le professeur Lannelongue. La raison de la rareté de cette variété d'ostéomyélite n'est pas connue.

Sexe. — Sur nos 14 malades, 9 appartiennent au sexe masculin.

Age. — Enfants et jeunes gens.

Microbe. — Le staphylocoque doré presque toujours, le bacille d'Eberth quelquefois.

Anatomie pathologique. — Dans la moitié des cas, on a trouvé une côte dénudée de son périoste et de la suppuration, et à ces lésions s'ajoutaient des séquestres dans l'autre moitié des cas.

Comme dans toute ostéomyélite, la lésion se développe dans les régions juxtaépiphysaires. Le lieu de prédilection de l'ostéomyélite costale aiguë est la région *juxtaépiphysaire antérieure*. Deux fois on a observé de l'ostéite bipolaire telle qu'elle a été décrite par M. le professeur Ollier, et les deux foyers de suppuration l'un

antérieur, l'autre postérieur, communiquaient entre eux par un troisième abcès qui suivait la face interne de l'os.

Le pus n'a jamais fait irruption dans la plèvre.

Symptômes. — Au point de vue local : des abcès, des fistules, des symptômes de pleurésie (souffle et égophonie) dans deux cas où un abcès siégeait dans la région juxtaépiphysaire postérieure.



Fig. 1. — Aspect de la côte.

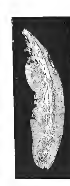


Fig. 2. — Côte sectionnée (coupe longitudinale).



Fig. 3. — Coupe sectionnée (Aspect de l'autre surface de la section).

Le souffle et l'égophonie étaient dus à la tension des parties molles intercostales, tension qui était causée par l'inflammation et qui augmentait naturellement les vibrations de celles-ci.

Au point de vue général, de la fièvre comme dans toute ostéomyélite aiguë.

Diagnostic. — Deux fois on a confondu une ostéomyélite aiguë costale avec une pleurésie. La douleur provoquée au niveau de la côte aurait pu faire éviter cette erreur.

Pronostic. — Le résultat n'est indiqué que pour 11 malades. Sur ces 11 résultats, une seule mort, due à l'hémorragie de l'artère intercostale (on n'avait pas fait d'intervention et l'uretère a été perforé du fait de l'ostéomyélite).

Traitement. — La plupart de ces ostéomyélites ont été traitées par l'incision, l'ablation des séquestres et le curettage et le drainage. Trois fois la résection de la côté a été pratiquée.

Ostéomyélite atténuée.

Malgré nos recherches prolongées, nous n'avons pu en recueillir qu'un seul cas.

Il appartient à notre maître, M. le professeur Jeannel.

Voici le sommaire de cette observation : garçon de dix-sept ans. Pas de suppuration au siège de la lésion. Irritation chronique par le manche d'une pelle (le malade est chargeur de gravier). Douleur au point malade et seulement pendant les mouvements. Résection sous-périostée du segment malade. On a trouvé que la neuvième côte gauche présentait une tige centrale de tissu osseux éburné et une gangue épaisse d'os périostique, sur une longueur de 13 centimètres (voir nos figures). Staphylococque blanc pur. Guérison.

La pathologie générale moderne explique les lésions analogues à celle de notre malade par une infection atténuée.

Dans l'étiologie d'une infection quelconque, on tient compte, aujourd'hui, de deux facteurs : les microbes, le terrain sur lequel ils évoluent. L'acuité de l'inflammation tiendra à la virulence des microbes ou à la réceptivité de l'organisme. Si la virulence est atténuée, on observera une lésion analogue à celle de notre malade. M. le professeur Lannelongue pense que l'on peut appliquer à l'ostéomyélite en général cette idée des infections atténuées.

VI. — CHIRURGIE ABDOMINALE

Appendicite herniaire et théorie pathogénique de la stagnation (*Indépendance médicale*, 17 novembre 1897, Paris).

L'appendicite herniaire évolue insidieusement, puisque, dans la très grande majorité des cas, elle ne donne naissance à aucun signe clinique. Nous en rapportons un exemple.

Il faut chercher la raison de cette évolution dans l'isolement de l'appendice, dans le sac herniaire, car la hernie appendiculaire est irréductible lorsque l'appendicite se développe.

Il nous semble que l'appendicite herniaire pourrait jeter un jour sur la pathogénie de l'appendicite en général.

Nous savons, en effet, dans quelles conditions se produit l'appendicite herniaire. Tant que la hernie appendiculaire est réductible, il n'y a pas d'appendicite, mais celle-ci apparaît lorsque la hernie devient irréductible.

Dans notre cas, y a-t-il eu vase clos, à un moment donné, sous l'influence de cette irréductibilité?

Il est évidemment impossible de le savoir. Nous pouvons affirmer qu'au moment de l'opération il n'y avait ni vase clos, ni trace de la formation d'un vase clos, et cependant, le diagnostic d'appendicite ne peut être mis en doute, car nous avons fait l'examen microscopique de l'appendice.

Si nous n'avons pas le droit, de par notre observation, de conclure à la théorie pathogénique du vase clos, nous avons celui de dire que la stagnation, qui a été manifeste par le fait de l'irréductibilité de la hernie appendiculaire, a joué certainement un rôle dans la formation de cette appendicite.

VII. — DIVERS

Sur un chondrome de la peau (*Archives provinciales de chirurgie*, décembre 1897, Paris).

Il s'agit d'une tumeur extrêmement intéressante, située dans le milieu d'un sillon génito-crural d'une femme de soixante-douze ans, à égale distance de la grande lèvre et de la cuisse, du volume d'un gland de chêne, pédiculée, très dure, non douloureuse, adhérente à la peau qui la recouvrait et qui avait conservé son aspect normal. La malade n'a pu nous dire si cette tumeur était congénitale : elle existait depuis très longtemps. Comme ce petit néoplasme avait grossi depuis six mois, la malade en demanda l'ablation, qui fut pratiquée par M. le professeur Jeannel. Plusieurs points sont à noter dans l'étude histologique de cette tumeur :

1° Elle constitue une rareté : on n'en connaît qu'une autre observation analogue, mais non pas identique ;

2° Nos coupes nous permettent de supposer que le tissu cartilagineux (tissu cartilagineux qui constituait une partie de la tumeur) provient de la transformation sur place du tissu conjonctif et que la métamorphose a débuté dans la gaine des tubes glandulaires (tubes glandulaires, les uns d'aspect normal, les autres d'aspect anormal, qui constituaient une autre partie de la tumeur).

La plupart des glandes peuvent subir la dégénérescence enchondromateuse. Unna, qui est l'auteur de l'observation analogue à la nôtre, pense que son chondrome est parti d'une glande, mais il ne précise pas le point de départ. Notre cas semble prouver que celui-ci est dans la gaine des glandes.

3° Un autre point digne d'attention est l'existence, dans notre

tumeur, de tubes épithéliaux, les uns avec une seule rangée de

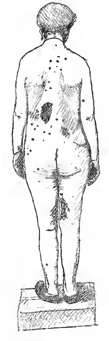


Fig. 1. — Fibromes multiples et congénitaux de la peau, p. 45.

cellules cubiques et identiques à la partie sécrétante des sudori-

pares, les autres à plusieurs rangées et à cellules en voie de division nucléaire. N'est-ce point de l'adénome sudoripare? Les auteurs qui se sont occupés de celui-ci nient son existence. Ils pensent que ce qui a été décrit par Verneuil, sous ce nom, est constitué par le développement anormal de débris épithéliaux émanés de l'épiderme et inclus dans le derme.

Une théorie analogue a été proposée pour les groupements cellulaires du derme des nævi pigmentaires et des molluscum congénitaux, et Unna en a démontré le bien fondé.

Nous aurions une tendance à rapprocher ces deux ordres de faits, à côté desquels nous pourrions placer les adenomes thyroïdiens de Völfler, et nous faisons remarquer qu'ils viennent tous à l'appui de la théorie de Conheim, sur la pathogénie des tumeurs.

Fibromes multiples et congénitaux de la peau (*Progres médical*, 25 décembre 1897, Paris).

Il s'agit d'un cas où le tégument, chez une femme, était recouvert d'une multitude de petits fibromes congénitaux (voir fig. p. 44.)

Le microscope nous démontra que nous n'avions pas affaire à du névrome plexiforme, mais à du fibrome pur et simple.

Ce qui était encore intéressant, c'est que le père et une sœur de la malade présentaient des lésions identiques.

Sur une trichophytie du cuir chevelu, chez un garçon de seize ans et trois mois, causée par le megalosporon (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1894, Paris).

L'enseignement médical en Suisse (*Archives médicales de Toulouse*, 1896).

C'est le compte rendu d'une visite que nous avons faite en 1895 aux Facultés de médecine de la Suisse. Nous nous sommes surtout occupé de ce qui a trait à la chirurgie.

J'ai recueilli les leçons de clinique chirurgicale professées et publiées par M. le professeur Jeannel pendant les années 1895-1896, 1896-1897 (*Archives médicales de Toulouse*, 1895-1896, 1896-1897).

Voici les titres de ces leçons.

Des pseudarthroses (2 leçons).

Sur la hernie étranglée.

Considérations sur le diagnostic de l'obstruction intestinale.

Des fistules pyostercorales.

Du prolapsus du rectum. — Cure radicale des anus artificiels.

Le goitre. Indications opératoires.

Sur la rupture de la vessie.

De la luxation irréductible de l'épaule.

De la luxation du coude en arrière, Importance du diagnostic de l'irréductibilité d'origine osseuse. Utilité de la radiographie.

De la hernie inguinale directe.

Sur une erreur de diagnostic à propos d'un cas de fracture du col du fémur chez un jeune homme.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.